



Colegio Ecológico con Sentido Social

FICHA DE MATRÍCULA 2025

I. DATOS DE MATRÍCULA	
MATRICULADO/A POR:	
FECHA DE MATRÍCULA:	
CURSO AL QUE MATRICULA:	

II. ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE			
Apellido Paterno			
Apellido Materno			
Nombres			
Rut			
Edad		Fecha Nacimiento	
Ciudad De Nacimiento		Nacionalidad	
Sexo Biológico			
Identidad De Género		Otro	
Dirección		Comuna	
Etnia			
Colegio de Procedencia			

III. ANTECEDENTES DE SALUD			
Estatura		Peso	
		Grupo Sanguíneo	
Alergias a Medicamentos			
Medicamentos Contraindicados			
Medicamentos que ingiere			
Sistema de Previsión			
Se atiende en:			
Presenta condición médica:	SÍ _____ NO _____	¿Apto para recibir clases de Ed.Física?	SÍ _____ NO _____
Si presenta condición médica, ¿esta es?	<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Lumbar <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Respiratoria <input type="checkbox"/> Cardíaca <input type="checkbox"/> Otra: _____		
Si Presenta condición médica ¿Recibe tratamiento(s) actualmente?	SÍ _____ NO _____	De recibir tratamiento(s), ¿de qué área son los especialistas? _____	
Presenta neurodivergencia:	SÍ _____ NO _____		
Si Presenta neurodivergencia, es:	<input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Déficit Atencional <input type="checkbox"/> Dislexia <input type="checkbox"/> Disgrafía <input type="checkbox"/> Síndrome Tourette <input type="checkbox"/> Dispraxia <input type="checkbox"/> Bipolaridad <input type="checkbox"/> Trastorno Ansiedad <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno Lenguaje <input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo <input type="checkbox"/> Dificultad Procesamiento Sensorial <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual <input type="checkbox"/> Otra, ¿Cuál?: _____		
Si Presenta neurodivergencia, ¿Recibe tratamiento(s) actualmente?	SÍ _____ NO _____	De recibir tratamiento(s), ¿de qué área son los especialistas? _____	



Colegio Ecológico con Sentido Social

IV. ANTECEDENTES SITUACIÓN COVID-19	
¿CUENTA CON VACUNA COVID?	SÍ ____ NO ____
CANTIDAD DE VACUNAS COVID 19	
FECHA ÚLTIMA VACUNA COVID 19	

V. ANTECEDENTES DEL APODERADO TITULAR			
Apellido Paterno			
Apellido Materno			
Nombres			
Parentesco			
Rut	Edad		Fecha Nacimiento
Dirección			
Teléfono(s) de Contacto			
Correo Electrónico			
Autorizado para retirar al estudiante	SÍ ____	NO ____	

VI. ANTECEDENTES DEL APODERADO SUPLENTE			
Apellido Paterno			
Apellido Materno			
Nombres			
Parentesco			
Rut	Edad		Fecha Nacimiento
Dirección			
Teléfono(s) de Contacto			
Correo Electrónico			
Autorizado para retirar al estudiante	SÍ ____	NO ____	

VII. EMERGENCIAS		
En caso de emergencia llamar a:		
Nombre	Teléfono	Parentesco

VIII. ANTECEDENTES GRUPO FAMILIAR			
N° PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR			
HERMANOS EN EL COLEGIO (INDICAR EL CURSO)	SÍ ____, Curso _____	NO ____	
QUIEN PUEDE RETIRAR AL ESTUDIANTE			
FORMA DE TRASLADO AL COLEGIO			
VIVIENDA PROPIA O ARRENDADA		VEHÍCULO PROPIO	SÍ ____ NO ____
ESTUDIANTE TIENE ACCESO A CELULAR DENTRO DEL HOGAR	SÍ ____	NO ____	
ESTUDIANTE TIENE ACCESO A COMPUTADOR DENTRO DEL HOGAR	SÍ ____	NO ____	
ESTUDIANTE TIENE ACCESO A INTERNET DENTRO DEL HOGAR	SÍ ____	NO ____	



Colegio Ecológico con Sentido Social

IX. ANTECEDENTES DE LA MADRE					
Apellido Paterno					
Apellido Materno					
Nombres					
Rut		Edad		Fecha Nacimiento	
Dirección				¿Vive con el/la estudiante?	Sí ____ NO ____
Teléfono(s) de Contacto					
Correo Electrónico					
Nivel Educacional					
Profesión/Oficio		Trabajo que desempeña		Lugar Trabajo	

X. ANTECEDENTES DEL PADRE					
Apellido Paterno					
Apellido Materno					
Nombres					
Rut		Edad		Fecha Nacimiento	
Dirección				¿Vive con el/la estudiante?	Sí ____ NO ____
Teléfono(s) de Contacto					
Correo Electrónico					
Nivel Educacional					
Profesión/Oficio		Trabajo que desempeña		Lugar Trabajo	

XI. FOTOGRAFÍAS	
Autorización para tomar fotos de el/la estudiante en todo tipo de celebraciones, actos y actividades pertenecientes al Establecimiento, para que, a su vez, éstas puedan ser publicadas en la página web del Colegio, redes sociales y murales destacados.	Autoriza

XII. CLASES DE RELIGIÓN		
Religión a la que pertenece		Opta por clases de Religión: Sí ____ NO ____ FIRMA ____



Colegio Ecológico con Sentido Social

DECLARACIÓN Y COMPROMISOS

Previa la formalización de la matrícula para el año 2025, declaro haber tomado conocimiento, estar de acuerdo y comprometerme con los siguientes puntos:

- ✓ Proyecto Educativo Institucional.
- ✓ Reglamento de Convivencia Escolar.
- ✓ Reglamento de Evaluación y Promoción Escolar.
- ✓ Carácter Obligatorio del Pago Mensual de la Escolaridad.
- ✓ Firmar Pagaré de Prestación de Servicios.
- ✓ Participación y Compromiso activo de Padres, Apoderados y Estudiantes en las actividades y Actos del Colegio.
- ✓ Asistir a las reuniones de apoderados y citaciones que el Colegio solicite.

Como apoderado del Colegio Capianni, y de acuerdo con el Reglamento de Convivencia, me comprometo a respetar y acatar lo siguiente:

- ✓ Respetar el conducto regular ante cualquier inquietud, sugerencia o reclamo.
- ✓ Otorgar un trato respetuoso a todos los miembros de la comunidad educativa.
- ✓ Justificar las inasistencias de mi pupilo/a. Si éstas están relacionadas con su salud, presentar los certificados médicos respectivos.
- ✓ Actualizar permanentemente la dirección y teléfonos del estudiante y apoderado.
- ✓ Me comprometo a tener puntualidad en la hora de llegada a la jornada escolar, evitando atrasos.
- ✓ Que las convivencias, colaciones, almuerzos y todo tipo de alimentos deben ser saludables.
- ✓ Me comprometo y responsabilizo a no hacer mal uso de la información, fotografías y/o videos que tome y/o grabe durante actos o actividades pertenecientes al colegio

Declaro haber recibido conforme el reglamento de evaluación y promoción escolar, reglamento de convivencia escolar y proyecto educativo institucional.

Declaro estar de acuerdo y autorizar todo lo expuesto en este documento.

Nombre Apoderado/a

RUT

Firma Apoderado/a